



Encontro Internacional  
de Produção Científica  
24 a 26 de outubro de 2017

## ANÁLISE DE ABREVIATURAS UTILIZADAS EM UM HOSPITAL DOS CAMPOS GERAIS

*Bianca Machado Cruz Shibukawa<sup>1</sup>, Ketry Joyara Laranjeira Barizon<sup>2</sup>, Diego Raone Ferreira<sup>3</sup>, Rafaela Bramatti Silva<sup>4</sup>, Andre Estevam Jaques<sup>5</sup>, Ieda Harumi Higarashi<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>Enfermeira responsável técnica dos ambulatórios de alto risco do Hospital Santa Casa de Maringá. [bih.cruuz@gmail.com](mailto:bih.cruuz@gmail.com),

<sup>2</sup>Enfermeira do Centro Médico do Hospital e Santa Casa de Maringá. [ketryjoyara@hotmail.com](mailto:ketryjoyara@hotmail.com),

<sup>3</sup>Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. [raonediego@gmail.com](mailto:raonediego@gmail.com),

<sup>4</sup>Enfermeira, Mestre, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Cascavel. [rafaelabramatti@hotmail.com](mailto:rafaelabramatti@hotmail.com),

<sup>5</sup>Enfermeiro, Doutor, Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. [andre.jaques@hotmail.com](mailto:andre.jaques@hotmail.com)

<sup>6</sup>Enfermeira, Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. [ieda1618@gmail.com](mailto:ieda1618@gmail.com)

### RESUMO

Pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, com o objetivo de verificar o uso de abreviaturas nos registros em prontuários de pacientes internados. A coleta de dados foi realizada em um hospital privado da região dos Campos Gerais, no Estado do Paraná, no período de março de 2012. Tratou-se de pesquisa exploratória, descritiva e de abordagem quantitativa, com utilização de estatística simples. Foram analisados 100 prontuários, a partir de coleta de dados referentes ao uso de abreviaturas e posterior checagem, junto aos profissionais, para identificação acerca do significado das respectivas abreviaturas utilizadas. Evidenciou-se o uso de 360 abreviaturas nos prontuários analisados, sendo que destas, 14% não puderam ser identificadas pelos profissionais da equipe multidisciplinar. Também foi evidenciado o uso de diferentes abreviaturas para um mesmo significado, fato com potencial para incorrer em prejuízos na interpretação das informações registradas nas evoluções e/ou prescrições, podendo impactar na segurança do paciente e na qualidade da assistência prestada. Com relação aos prontuários analisados, 21% eram obstétricos, o que estende os efeitos dos equívocos de comunicação ao binômio mãe-bebê. Concluiu-se que é necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre a padronização da linguagem escrita e das abreviaturas nos serviços de saúde, considerando os impactos diretos desta forma de comunicação e registro para a prática assistencial em saúde, com vistas à melhoria da segurança do paciente/cliente e do processo de comunicação e articulação das equipes multidisciplinares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Segurança do paciente; Linguagem; Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

### 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente constitui-se atualmente numa preocupação mundial, tendo em vista os efeitos decorrentes de possíveis erros executados durante a assistência prestada. Tais consequências afetam não somente o paciente, como sua família, os profissionais de saúde envolvidos na assistência, a instituição e a sociedade (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

A gestão dos cuidados tem se tornado tema frequente em discussões de várias instituições de saúde e ensino que buscam qualidade e excelência em seus atendimentos. Nesta perspectiva, a segurança do paciente vem ao encontro de uma nova filosofia de cuidado na qual, as equipes multidisciplinares envolvidas direta ou indiretamente com os pacientes articulam-se buscando o mesmo objetivo, qual seja, a qualificação crescente do atendimento prestado nas instituições (AZEVEDO, *et.al*, 2017).

O Brasil é um dos países pioneiros na participação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2004, com o objetivo de criar medidas que proporcionem segurança ao paciente e aumentem a qualidade dos serviços de saúde. Nesta vertente, em 2013, foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que instituiu diversas ações, entre as quais se destacam: identificação do paciente; comunicação entre os profissionais de saúde; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia



Encontro Internacional  
de Produção Científica  
24 a 26 de outubro de 2017

segura; higienização das mãos; minimização do risco de quedas e úlceras por pressão (GOMES, *et.al*, 2017).

A qualidade dos serviços prestados é determinante para a redução dos riscos a que o paciente está diariamente submetido. As organizações têm oportunizado reflexões democráticas, capazes de incentivar o olhar centrado no cliente, seja ele interno ou externo, em um modelo que valoriza o trabalho, a integração entre as equipes e a soma de suas ações, possibilitando a segurança do paciente e a satisfação dos profissionais que sentem o seu fazer reconhecido (MANGUEIRA, *et.al*, 2012).

Durante o internamento, um paciente está sujeito a sofrer com diversos incidentes relacionados ou não, com a assistência prestada. Tais incidentes são denominados eventos adversos (EA), e estima-se que, de cada dez pacientes que estão internados em unidades hospitalares, um paciente sofrerá algum tipo de evento adverso evitável (ORTEGA, 2017).

No Brasil, estima-se que ocorram 48 danos por 100 internações. Tomando-se como exemplo o ano de 2006, quando houve 11.315.681 admissões hospitalares pelo SUS (Sistema Único de Saúde) e cerca de 4.000.000 no setor privado, perfazendo um total de 15.315.681 admissões, teríamos neste ano, 5.431.526 eventos adversos relacionados a internações pelo SUS, e cerca de 1.920.000 pelo setor privado, com um total de 7.351.526 danos, sendo que 8% destes seriam de caráter permanente (588.122) e 2% gerariam mortes (140.030) (FILHO; FERREIRA, 2009).

O conhecimento acerca dos eventos adversos que acometem uma dada instituição, possibilita aos gestores, instituir condutas para diminuir os riscos e erros da assistência. Conforme a Teoria de James Reason, conhecida como Teoria do "queijo suíço", as deficiências da assistência de saúde podem ser comparadas aos buracos de um queijo suíço; de modo que a ocorrência dos EA se daria em decorrência do alinhamento de diversos "buracos", que por sua vez representariam as falhas estruturais, o descuido dos profissionais e os comportamentos inseguros (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Além dos prejuízos imensuráveis gerados ao paciente devido à ocorrência de EA, há também o revés para as instituições de saúde que, ao terem que prolongar a estadia e assistência ao paciente, gastam, segundo o Sistema Nacional de Saúde, 400 milhões ao ano somente com questões associadas à EA (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Estes dados reforçam os impactos gerados pelos erros da assistência prestada ao paciente, pois alguns relatórios sobre a qualidade da assistência em saúde evidenciaram que, no mínimo, 44.000 americanos morrem a cada ano como resultado dos EA, e que este número pode chegar a 98.000 mortes por ano. Portanto, os eventos devem ser analisados com a finalidade de chegar-se à causa raiz, demandando deste modo, a revisão de processos, mudanças de protocolos, enfim, agir de modo crítico e criativo com a finalidade de diminuir os incidentes, por meio de um processo de construção, desconstrução e reconstrução (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010).

Neste cenário, sabe-se que, uma das maneiras de garantir qualidade na assistência aos pacientes é o registro escrito da prescrição e avaliação dos profissionais de saúde, de forma legível e clara, sem uso de abreviaturas não padronizadas, uma vez que seu uso pode se tornar muito pessoal e assumir diversos e diferentes significados dentre os integrantes de uma equipe de saúde multidisciplinar, inviabilizando a comunicação efetiva, comprometendo a assistência ou ainda, colocando em risco a vida dos pacientes (SOTO, *et.al*, 2016).

Deste modo, e tendo em vista a falta de uma padronização de abreviaturas em nível nacional, no que diz respeito à linguagem na área de saúde, objetivou-se neste estudo, verificar o uso de abreviaturas nos registros em prontuários de pacientes que ficaram internados em um hospital geral, de modo a identificar a existência de padronização na linguagem utilizada pela equipe de saúde.



## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo. O local de pesquisa foi um hospital geral privado, com capacidade para 84 leitos, localizado na Região dos Campos Gerais, no Estado do Paraná. Foram analisados 100 prontuários, selecionados aleatoriamente, a coleta de dados ocorreu de acordo com agendamento prévio junto à supervisão de enfermagem do hospital em questão.

No momento da coleta de dados as informações foram subdivididas em duas categorias: abreviaturas e motivo de internamento. Para a coleta de abreviaturas a pesquisadora avaliou todas as evoluções e prescrições da equipe multidisciplinar que prestou assistência ao paciente e, para coletar o motivo de internamento utilizou o agrupamento de informações fornecidas no prontuário do paciente, por meio de consulta à evolução médica.

Após a coleta de dados, foi elaborada uma planilha com todas as abreviaturas encontradas, para posterior checagem das mesmas junto à equipe multidisciplinar, e de acordo com a disponibilidade dos profissionais nos dias de coleta. Levantados os significados atribuídos pelos profissionais às abreviaturas encontradas nos prontuários, foi construída nova planilha no Microsoft Excel 2010, com interpretação dos dados por meio de análise quantitativa e utilização de estatística descritiva simples.

Com relação aos aspectos éticos, o estudo foi desenvolvido após autorização do serviço e aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, conforme CAAE 11023312.8.0000.0105 e parecer 166.795. Todos os preceitos éticos preconizados pela Res. 466/2012-CNS foram devidamente observados.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos 100 prontuários selecionados resultou na identificação de 360 abreviaturas utilizadas pela equipe multidisciplinar, sendo que destas, 14% (52) não possibilitaram a posterior atribuição de significado pelos profissionais que atenderam os pacientes.

**Tabela 1:** Relação de abreviaturas utilizadas pela equipe multiprofissional nos prontuários de paciente analisados. Os autores, 2017

Abreviaturas para as quais não foi encontrado o significado
DNNE
GVII
IMHQ
ISVA
NCOP
OMG
OMNIC
PSA
RA
RFM
S/C
SBD
VCM



Encontro Internacional  
de Produção Científica  
24 a 26 de outubro de 2017

A não identificação do que está escrito no prontuário do paciente leva a má interpretação das evoluções multiprofissionais, resultando em queda da qualidade da assistência além de expor o paciente à riscos de erro de conduta. Atualmente, com o avanço da tecnologia e o uso de prontuários eletrônicos, há cada vez mais condições de se obter uma anamnese rica em detalhes. Paradoxalmente, a existência de campos de texto livre para discorrer sobre os pacientes, tem sido utilizados pelos profissionais, com uso por vezes excessivo de abreviaturas, numa tentativa de otimizar o tempo de assistência, incorrendo na utilização de uma linguagem não padronizada e muitas vezes pessoal, de maneira que, não raramente, somente quem escreveu a evolução do paciente consegue decifrar tal dialeto (GOMES, *et.al*, 2016).

Em decorrência de práticas desta natureza, os erros de medicação ganharam destaque, principalmente no cuidado aos pacientes em ambiente hospitalar, onde a atenção à segurança destes torna-se prioridade. Além disso, um dos maiores desafios relacionados à saúde pública, neste quesito, tem sido representado pelo desenvolvimento da capacidade de reduzir as barreiras de comunicação, e com isso, a incidência de erros na implementação das prescrições médicas, seja pelos pacientes em domicílio, seja pelos profissionais na rede de atenção básica. Dentre as principais causas de erros na administração de medicamentos estão as abreviaturas e siglas comumente utilizadas pelos médicos “hospitalares”, dificultando o entendimento dos profissionais que executam a função de interpretá-las para dar continuidade ao tratamento determinado (JACOBSEN; MUSSI; SILVEIRA, 2015).

Carneiro, *et al*, 2016, enfatizam em suas pesquisas, que as Unidades de Terapia Intensiva, destacam-se como um dos setores que mais se utilizam de siglas e abreviações totalizando 35% dos registros, o que eleva os riscos inerentes à interpretação das informações e execução das prescrições. Volpe, *et al*, 2016, por sua vez, evidenciam que a o uso de abreviaturas dá-se, majoritariamente, nos prontuários manuais, em comparação aos prontuários eletrônicos; o que aponta para a importância da utilização das tecnologias como meio de amenizar os erros de interpretação nos relatórios das equipes de saúde.

De todas as abreviações utilizadas pelos profissionais, de uma forma geral e em âmbito mundial, as únicas reconhecidas como possuindo um padrão, são as Unidades de Medida estabelecida pelo Sistema Nacional de Unidades, e que compreendem medidas como: comprimento, massa, tempo, corrente elétrica, temperatura, termodinâmica, quantidade de matéria e intensidade luminosa. Todas as abreviaturas que não fazem parte deste grupo seletivo, estão, via de regra, fora do padrão nacional/internacional. Portanto, é de suma importância que cada instituição busque estabelecer sua própria padronização, por meio da adoção de um glossário que seja pertinente a sua realidade assistencial, de modo a prover deste modo, uma maior segurança ao paciente e à equipe assistencial, favorecendo ainda, a acessibilidade dos dados que ali são registrados (CARNEIRO, *et.al*. 2016).

Outra situação identificada em nosso estudo, e que denota a dificuldade na comunicação escrita entre os membros da equipe, foi a utilização de diferentes abreviaturas para um mesmo significado, conforme descrito na tabela 2.



Encontro Internacional  
de Produção Científica  
24 a 26 de outubro de 2017

**Tabela 2:** Relação de significados e variantes de abreviatura utilizadas pela equipe multiprofissional nos prontuários de paciente analisados. Fonte: Os autores, 2017

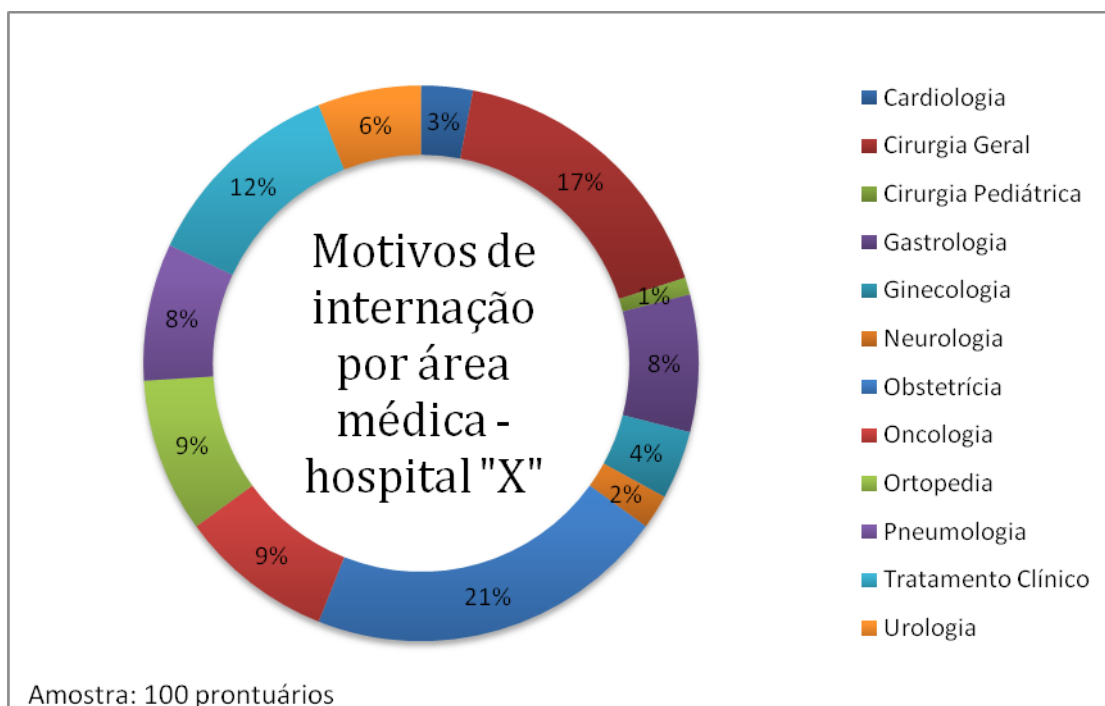
***Diferentes abreviações que possuem o mesmo significado***

<b><i>Banheiros</i></b>	WC
	BAN
	B
<b><i>Sinais Vitais</i></b>	SSVV
	SSW
	SS
<b><i>Conduta</i></b>	COD
	COM
	COND
<b><i>Tomografia computadorizada</i></b>	TM
	TOMO
	CT
<b><i>Avaliação</i></b>	AVAL
	AV
	A
<b><i>Antibiótico</i></b>	ATBO
	ATB
	AT
<b><i>À critério médico</i></b>	ACM
	CM
	AC

O uso indevido e indiscriminado das abreviaturas resulta em prescrições dúbias, pois a interpretação depende de quem se depara com a escrita, conforme depreende-se na análise da tabela 2. Constata-se, assim, a existência de várias abreviaturas para descrever exatamente uma mesma palavra ou termo, expondo o paciente a situações de riscos desnecessárias. A falta de padronização de linguagem nesta instituição ficou evidenciada, o que corrobora os achados de outros estudos que apontam a necessidade de criação e adoção de um glossário nacional, que aborde a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, permitindo oferecer maior segurança aos profissionais que executam as prescrições, bem como aos pacientes (POSADA, 2015).

É necessário a conscientização dos profissionais de saúde para que escrevam suas avaliações/prescrições de forma legível. Assim, a ideia de uma suposta economia de tempo ao fazer uso de abreviações deve ser descartada, uma vez que o uso deste tipo de linguagem, não só demanda maior tempo para a interpretação pelos demais membros da equipe, como também, pode levar a equívocos de compreensão e, por conseguinte, de execução dos cuidados, comprometendo em última instância, toda a condução terapêutica preconizada. A comunicação clara entre a equipe multidisciplinar é de suma importância e também um dos passos do protocolo de segurança do paciente do Ministério da Saúde, o que ressalta a importância de registros seguros, uma vez que é o prontuário é um documento legal e pessoal, onde deve conter todo o processo de internamento hospitalar como método de comprovação da assistência prestada (SILVA, 2007).

Em relação à caracterização dos prontuários analisados por motivo de internamento, percebeu-se que a maior parte dos prontuários levantados era oriunda do serviço de obstetria, representando 21% da amostra, seguido de cirurgia geral com 17%, conforme demonstrado no gráfico abaixo:



**Gráfico 1:** Distribuição dos motivos de internamento segundo especialidade médica. Fonte: Os autores, 2017.

Conforme demonstrado pelo gráfico, a grande maioria dos internamentos desta instituição no período estudado foi representado pela obstetrícia. Consequentemente, infere-se que as prescrições analisadas tinham implicações sobre a assistência prestada ao binômio mãe-bebê, o que nos leva a refletir sobre as repercussões e desdobramentos que eventuais erros de comunicação podem ter, e sobre a necessidade premente de revisar os critérios de segurança no âmbito assistencial. Assim, a comunicação, seja ela verbal ou por escrito, deve ser encarada como ponto crucial para a atuação segura e efetiva da equipe multiprofissional, e como um desafio institucional em busca de uma assistência segura e de qualidade.

O segundo maior número de internamentos identificados no presente estudo, foi atribuída à cirurgia geral com 17%. Trata-se de outra parcela da população que requer muitos cuidados em relação ao preenchimento do prontuário, de maneira a criar mecanismos para a efetiva comunicação entre os diferentes profissionais que integram a equipe responsável pelas fases de atenção pré, trans e pós-operatórias.

## 4 CONCLUSÃO

Apesar do crescente interesse pela temática da segurança do paciente, ainda se percebem certas fragilidades no processo de conscientização dos serviços e profissionais quanto a este problema. O uso de abreviaturas na rotina assistencial, objeto da presente investigação, é implementado entre as equipes multidisciplinares, como forma de acelerar o processo de comunicação escrita por meio dos prontuários.

Tal prática é considerada pela maioria das equipes como uma ação necessária, devido ao tempo dedicado aos pacientes e rapidez exigida na busca por uma assistência eficaz; e como um recurso ao qual os profissionais recorrem, via de regra, sem a devida preocupação ou atenção.

O estudo evidenciou a necessidade de uma padronização para utilização de siglas e abreviaturas nos prontuários, seja ela por meio de uma iniciativa em nível nacional, seja pela adoção



Encontro Internacional  
de Produção Científica  
24 a 26 de outubro de 2017

de padrões institucionais. A legibilidade e interpretação correta de informações, conduz à implementação inequívoca de condutas por todos os membros da equipe multiprofissional, qualificando e tornando mais seguro o cuidado prestado. A preocupação e o respeito às normas de segurança do paciente, elevando a importância do processo de comunicação interpessoal entre as equipes, contribui para a diminuição gradativa dos gastos hospitalares e para a elevação da credibilidade em relação aos serviços prestados no ambiente hospitalar.

Assim, e na perspectiva dos achados deste estudo, sugere-se às instituições hospitalares, o desenvolvimento e adoção de um glossário voltado para a sua realidade assistencial, instrumento o qual possa ficar à disposição da equipe multidisciplinar envolvida no processo de cuidado do paciente, visando à melhoria da comunicação e do trabalho interdisciplinar das equipes frente ao processo saúde-doença do cliente assistido.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Creuza da Silva et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, Junho 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000601991&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000601991&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de agosto de 2017.

CARNEIRO, Sylvia Miranda et.al. Uso de abreviaturas nos registros de enfermagem em um hospital de ensino. Ver. Rene 2016, mar-abr, 17(2): 208-16. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/3001/2316>. Acesso em 07 de agosto de 2017.

GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 1, p. 146-154, Feb. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000100146&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100146&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 de agosto de 2017.

FILHO, J.R.C.B; FERREIRA, D.F. Campanha Proteger 5 Milhões de Vidas de Danos. **Boletim Científico do Instituto de Ensino e Pesquisa São Camilo**, São Paulo, v.1, n.1, p.12-15, 2009.

GOMES, Denilsen Carvalho et al. Termos utilizados por enfermeiros em registros de evolução do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e53927, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100412&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100412&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 de agosto de 2017.

JACOBCEM. T.F; MUSSI, M.M; SILVEIRA, M. Análise de erros de prescrição de um hospital da região sul do Brasil. Ver. Brasileira de Farm. Hosp. ServSaude. São Paulo. V.6.n.3, 23-26. 2015. Disponível em: [www.spragh.org.br/rbfhss/public/artigos/201506030400080\\_0br.pdf](http://www.spragh.org.br/rbfhss/public/artigos/201506030400080_0br.pdf). Acesso em 04 de Agosto de 2017.

MANGUEIRA, S.O; LIMA, J.T.S; COSTA, S.L.A; NÓBREGA, M.M.L; LOPES, M.V.O. Implantação da Sistematização da assistência de enfermagem: opinião de uma equipe de enfermagem hospitalar. **Enferm. em Foco**, n.3, v.3, p. 135-138, 2012. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-24596>. Acesso em 04 de agosto de 2017.



Encontro Internacional  
de Produção Científica  
24 a 26 de outubro de 2017

ORTEGA, Daniela Benevides et al . Análise de eventos adversos em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 168-173, Apr. 2017 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002017000200168&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000200168&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de agosto de 2017.

PAIVA, M.C.MS; PAIVA, S.A.R; BERTI, H.W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2010; 44(2):287-94. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/07.pdf>>. Acesso em 07 de agosto de 2017.

POSADA-AREVALO, Sergio Eduardo; BROCA-SANCHEZ, Mariana; ZAVALA-GONZALEZ, Marco Antonio. Calidad del registro del diagnóstico médico y subsecuente codificación en un hospital de segundo nivel de Tabasco, México, 2009. **Medicas UIS**, Bucaramanga , v. 28, n. 2, p. 187-194, Aug. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192015000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192015000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 de agosto de 2017.

REIS, C.T; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, July 2013 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413232013000700018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413232013000700018&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 de agosto de 2017.

SILVA, Ana Elisa Bauer de Camargo et al . Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 272-276, Sept. 2007 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 de agosto de 2017.

VOLPE, Cris Renata Grou, et.al. Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24:e.2742. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_014-1169-rlae-24-02742.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_014-1169-rlae-24-02742.pdf). Acesso em 07 de agosto de 2017.